

CMD – ANAMNESEBOGEN

Name/Geb.Datum/Adresse: _____

Überweisender Arzt: _____ Datum: _____

Numerische Analogskala zur Bewertung der Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität:



0 = Keine 3 = wenig 5 = starke 7 = sehr starke 10 = unerträglich

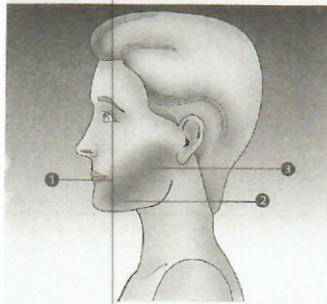


Abb. 1:
Mit CMD in Verbindung gebracht: Schmerzen und Befunde im Bereich von Zähnen 1, Kiefer 2 und Muskeln 3

| A – Zahnbezogene Symptome | | | | Bewertung Behandler ●●●●● | | | |
|--|----|----|-------------------|---------------------------|---|----|----------|
| | Re | Li | Bewertung Patient | 1 | 5 | 10 | HS NS |
| <input type="checkbox"/> 1. Pressen o. Knirschen d. Zähne | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Zahnschmerzen, empf. Zahnhälse | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Zahnlockerung | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Die Zähne passen nicht richtig aufeinander | | | | ●●●●● | | | |

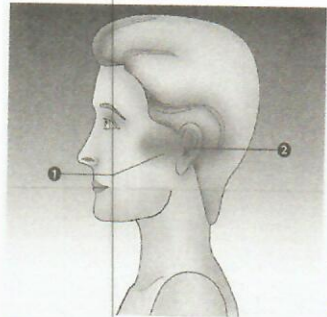


Abb. 2:
Mit CMD in Verbindung gebracht: Schmerzen und Befunde im Bereich der Kiefergelenke 1 und Ohren 2

| B – Kiefergelenksymptome | | | | Bewertung Behandler ●●●●● | | | |
|---|----|----|-------------------|---------------------------|---|----|----------|
| | Re | Li | Bewertung Patient | 1 | 5 | 10 | HS NS |
| <input type="checkbox"/> 1. Schmerzen i.d. Kiefergelenken | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Knacken o. Reibegeräusche | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Mund geht nicht richtig auf | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Kieferschmerzen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. Verspannung b. Aufwachen | | | | ●●●●● | | | |

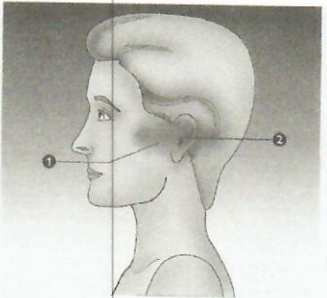
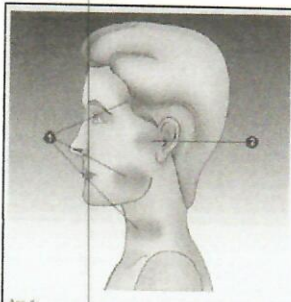
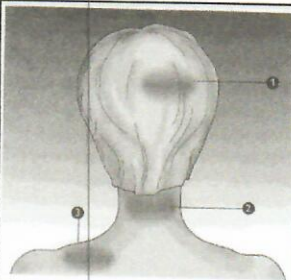


Abb. 2:
Mit CMD in Verbindung gebracht: Schmerzen und Befunde im Bereich der Kiefergelenke 1 und Ohren 2

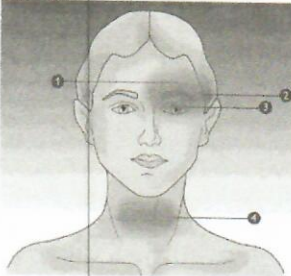
| C - Ohrsymptome – Costen-Syndrom | | | | Bewertung Behandler ●●●●● | | | |
|---|----|----|-------------------|---------------------------|---|----|----------|
| | Re | Li | Bewertung Patient | 1 | 5 | 10 | HS NS |
| <input type="checkbox"/> 1. Ohrgeräusche (Tinnitus) | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Hörminderung | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Ohrenscherzen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Ohr zu oder juckend | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. Schwindel | | | | ●●●●● | | | |



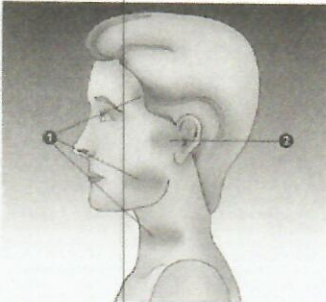
| D – Symptome Kopf- und Gesichtsbereich | | | | Bewertung Behandler ● ● ● ● | | | |
|---|----|----|-------------------|---|---|----|----------|
| | Re | Li | Bewertung Patient | 1 | 5 | 10 | HS NS |
| <input type="checkbox"/> 1. Kopfschmerzen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Gesichtsschmerzen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Druck auf dem Kopf | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Berührungsempfindlichkeit von Haaren und Kopfhaut | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. Sonstiges: | | | | ●●●●● | | | |



| E – Symptome Nacken und Rücken | | | | Bewertung Behandler ● ● ● ● | | | |
|---|----|----|-------------------|---|---|----|----------|
| | Re | Li | Bewertung Patient | 1 | 5 | 10 | HS NS |
| <input type="checkbox"/> 1. Nackensteifigkeit | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Nackenschmerzen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Schulterschmerzen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Rückenschmerzen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. Andere Gelenkschmerzen/Rheuma | | | | ●●●●● | | | |



| F - Augensymptome | | | | Bewertung Behandler ● ● ● ● | | | |
|--|----|----|-------------------|---|---|----|----------|
| | Re | Li | Bewertung Patient | 1 | 5 | 10 | HS NS |
| <input type="checkbox"/> 1. Augenflimmern | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Schmerzen hinter den Augen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Doppelsehen | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Lichtempfindlichkeit | | | | ●●●●● | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. Sehstörungen | | | | ●●●●● | | | |



| Konsiliarische Untersuchungen | |
|--------------------------------------|------------------|
| Behandlung bereits erfolgt durch: | Physiotherapeut: |
| Osteopath: | |
| HNO: | |
| Sonstige: | |